

提供先歯科医療機関名	提供元医療機関の名称 ○○○○○○○○○○○○○○
歯科・歯科医院・歯科クリニック 先生	所在地 ○○○○○○○○○○○○○○ 電話 ○○○-○○○-○○○○(代表) 医科歯科連携専用 相談・連絡窓口:内線○○○○
	歯科医師名

()は記入または選択、□は✓を入れる

<患者基本情報>

ID _____	歯科初診日(H . .)
名前 _____ (男・女)	年 月 日 生まれ 年齢 _____

<基礎疾患の状態・生活習慣>

次のデータは、歯科治療を安全におこなうために、大変重要なものです。特に抜歯をするときに必要になります。お酒とたばこは、手術前に必ずやめるように努めましょう。

全身状態：良好・普通・不良 (PS:)

血液データ：白血球数： 血小板数： (検査日H . .)

全身基礎疾患：なし・あり

高血圧症(/)・糖尿病・脳血管障害・心臓疾患・その他()

服用薬()

抗凝固薬 使用：なし・あり :薬剤名()

ステロイド剤 使用：なし・あり :薬剤名()

生活習慣 飲酒 なし・(焼酎・日本酒 1回 合、ビール ml:週 回: 歳から 歳・現在まで)

たばこ なし・(本/日 歳～ 歳・現在まで)

<主病の手術等の予定>

手術や放射線、化学療法の治療の流れは、下記の通りです。

病名： _____

病気に対する治療予定：

手術 手術予定日 年 月 日 頃・未定

がん化学療法(抗がん剤治療) 治療開始日 年 月 日 頃・未定

治療内容： レジメン 療法 使用する抗がん剤：

放射線治療 治療開始日 年 月 日 頃・未定

放射線治療 放射線量 Gy(グレイ)、照射回数 回

<口腔内の状態等(現症及び手術等によって予測される変化等)>

図は、口の状態を表しています。

歯科初診時所見

衛生状態:(良好・普通・不良)

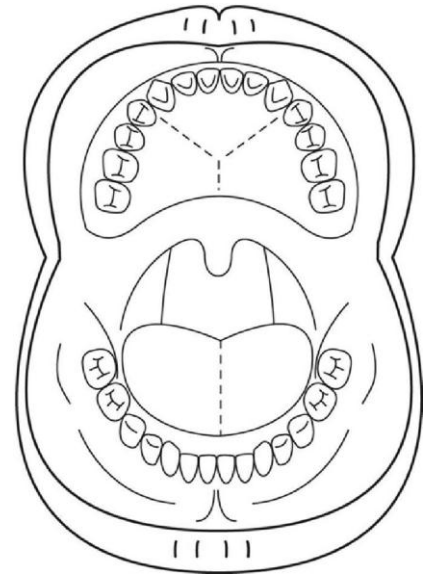
歯周炎の部位(歯頸部ライン記入)

粘膜の変化(直接記入)

ケアの回数: 回/日 (朝・昼・夕・寝る前)

義歯の使用(なし・あり:部分床((上・下) 全部床(上・下))

義歯の適合状態(良い ・ 問題なし ・ 悪い(修理必要))



手術等によって予測される変化

口腔内の変化:(あり ・ なし)

○手術による口腔内の変化

口の欠損(歯の並び・顎の骨・粘膜やその周囲・その他)

(顎のずれ・口が開かない・咀嚼しにくい・嚥下しにくい・義歯があわない)

○放射線・化学療法・化学放射線療法による口腔内の変化

(口内炎・口の乾燥・味覚の異常・カビ/ウイルスの感染・顎の感染や壊死 ・多数のう歯・口が開かない)

全身的な変化:(あり ・ なし)

<主病の手術に係る患者の日常的なセルフケアに関する指導方針>

周術期に係る口腔管理の指導事項

患者・家族の口腔管理を受けることに関する同意は(□あり ・ □なし)です。

手術前から手術後の継続的な口腔管理について流れを説明します。

□治療開始前のセルフケアは(□連携歯科・□当院)で行います。

□セルフケア目的・必要性の説明 (傷の感染予防・肺炎予防・ その他)

□連携医受診または手術等実施施設での口のケアに関する説明

連携歯科・または手術等実施する施設の歯科で行う処置

□歯周病の検査

□歯石の除去

□衛生士の口のケアの説明

□動揺する歯の固定 (部位 _____ : _____)

以下は今後の口腔管理のスケジュールです。

□入院中の口腔管理は(□連携歯科・□当院)でおこないます。

口の清掃方法やケアの仕方は、入院時にも確認のために、歯科医師、歯科衛生士より説明いたします。

□退院後の口腔管理は(□連携歯科・□当院)でおこなう予定です。

手術後の口腔内の状況により、退院後継続して口腔管理が必要かの判断がなされます。

□化学療法や放射線治療時、口腔管理の指導は(□連携歯科・□当院)で行います。